

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 31

SYPHILIS NERVEUSE
ET
TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS
(Huit Observations)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Janvier 1921

PAR

FERRERI (Pierre)

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 16 décembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	DUCAMP, Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	VEDEL, Professeur.		
	EUZIÈRE, Agrégé.		
	RIMBAUD, Agrégé.		



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

—
1921

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 31

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

(Huit Observations)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Janvier 1921



PAR

FERRERI (Pierre)

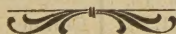
Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 16 décembre 1889

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs
de la Thèse

DUCAMP, Professeur, *Président*.
VEDEL, Professeur.
EUZIERE, Agrégé.
RIMBAUD, Agrégé.

Assesseurs.



MONTPELLIER

IMPRIMERIE « L'ABEILLE » (Coopérative Ouvrière)

14, Avenue de Toulouse. — Téléphone: 8-78

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (II.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	N...
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

	MM. LEENHARDT.		MM. RICHE.
Médecine	GAUSSEL.	Chirurgie	ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.).
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur. }	GALAVIELLE.
Histologie	DELMAS (J.).	Chimie	CABANNES.
	GRYNFELTT.	Physique	MESTREZAT.
			PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. DUCAMP, professeur, *président*.
VEDEL, professeur.

MM. EUZIERE, agrégé.
RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MES AMIS

P. FERRERI.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

P. FERRERI.

AVANT-PROPOS

Si en soutenant notre thèse inaugurale nous voyons se réaliser un rêve longtemps caressé, ce n'est pas sans une certaine émotion et une pointe de regret que nous voyons se terminer les belles années de notre vie d'étudiant.

Mais avant d'être aux prises avec les difficultés de l'existence professionnelle, avant de quitter cette Faculté de Montpellier, il est pour nous un devoir particulièrement agréable à remplir, celui de prouver notre reconnaissance à ceux qui pendant notre scolarité nous firent le plus bienveillant accueil et nous donnèrent l'aide puissante de leurs conseils.

Qu'il nous soit permis de remercier tous nos Maîtres de la Faculté de médecine de Paris qui eurent à guider nos débuts dans l'art difficile de la médecine.

Du plus profond de notre cœur merci aux Maîtres éminents de la vieille Faculté de Montpellier, dont la science et le dévouement ne font qu'accroître la bonté.

Notre but dans la vie sera de nous inspirer toujours de leurs conseils et de leur exemple.

A M. le professeur Ducamp nous offrons l'hommage

VIII

de tout notre respect pour l'insigne honneur qu'il a bien voulu nous faire en présidant notre thèse.

Merci aussi à M. le professeur agrégé Margarot qui a bien voulu nous donner le sujet de ce travail et les conseils nécessaires à son exécution.

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

INTRODUCTION

L'influence des traumatismes cranio-rachidiens sur l'apparition immédiate ou tardive des accidents de la syphilis nerveuse est une notion nettement établie.

Un grand nombre de blessures cérébro-spinales et de syphilis nerveuses observés pendant la guerre ont permis d'étudier en détails leur symptomatologie, de préciser l'étiologie.

Comment expliquer les réactions, l'apparition plus ou moins tardive des lésions ? en un mot comment le traumatisme peut-il agir sur l'évolution de la syphilis ?

Nous n'avons certes pas la prétention d'éclairer nous-même ce point encore obscur, et nous n'ajouterons rien aux travaux des Maîtres qui ont étudié la question. Nous désirons simplement en faire un tableau d'ensemble tiré surtout des observations publiées par MM. les professeurs agrégés J. Euzière et J. Margarot, et d'essayer d'en donner la conception la plus conforme à l'état actuel de la science.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Euzière et Margarot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

Syphilis contractée il y a 8 ans.

Un an et demi avant l'entrée du malade, traumatisme suivi de perte de connaissance (chute sur la tête).

Etat parétique net des membres inférieurs avec hypotonie et abolition des réflexes tendineux. Romberg faible.

Absence de douleurs fulgurantes et de troubles nets de la sensibilité objective.

Pupilles paresseuses. Léger astigmatisme.

Liquide céphalo-rachidien :

Lymphocytose..... 35 éléments

Albumine..... 0 gr. 50

Bordet-Wassermann positif.

OBSERVATION II

(Euzière et Margarot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

Un autre de nos malades, blessé en 1915 par un éclat d'obus au niveau de la racine du nez avec fracture des os propres, nous est envoyé le 18 mai 1916.

Il présente des signes manifestes de paralysie générale : parole lente, avec achoppement et nasonnement.

Tremblement de la langue et des extrémités.

Affaiblissement très marqué des réflexes tendineux.

Abolition complète du réflexe pupillaire à la lumière.

Troubles démentiels.

Liquide céphalo-rachidien :

Forte hypertension.

Lymphocytose abondante.

Hyperalbuminose.

OBSERVATION III

(Euzière et Margarot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

Ancien trépané, présentant une large perte de substance.

Paralysie générale.

Liquide céphalo-rachidien :

Lymphocytose..... 33 éléments

Albumine 0 gr. 50

Bordet-Wassermann fortement positif.

OBSERVATION IV

(Euzière et Margarot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

Syphilis contractée il y a 9 ans.

Blessure superficielle du crâne, suivie de perte de connaissance en août 1918.

Syphilis cérébrale à forme de paralysie générale en décembre 1918.

Délire avec vive agitation. Euphorie.

Troubles démentiels.

Internement. Sortie à la suite d'une rémission.

En septembre 1919, ne présente que de l'affaiblissement intellectuel sans délire.

Liquide céphalo-rachidien :

Lymphocytose..... 32 éléments

Albumine..... 0 gr. 52

Bordet-Wassermann..... positif.

En décembre 1919 : Injection de cyanure de mercure intraveineux. Iodure de potassium.

Liquide céphalo-rachidien :

Lymphocytose..... 8 éléments

Albumine..... 1 gr.

Amélioration très nette des troubles psychiques.

Les signes physiques sont stationnaires.

La mémoire est presque normale.

OBSERVATION V

(Euzière et Margarot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

D... entre au C. N. A., le 10 1916.

On ne trouve dans ses antécédents rien de particulier, si ce n'est de fréquents maux de tête qu'il aurait depuis son enfance.

Il a contracté la syphilis il y a six ans.

On relève dans son histoire militaire une intoxication par les gaz sans gravité, et une plaie du cuir chevelu

par éclat d'obus, survenue un an avant l'entrée du malade dans le service.

Il est tombé, est resté quelques instants étourdi ; mais on ne trouve aucun indice permettant de penser qu'il y a eu fracture du crâne.

Les jours qui ont suivi, il a présenté de la céphalée d'une manière continue.

Celle-ci est allée en s'aggravant.

Elle est actuellement intolérable.

Son intensité seule a motivé l'évacuation du sujet.

Le billet d'hôpital porte comme indications : « Céphalée persistante consécutive à un traumatisme crânien. »

A son arrivée, D..., accuse en outre de la constipation et quelques nausées.

L'examen ne décèle qu'un minimum de symptômes. La température, le pouls sont normaux.

Il n'y a ni raideur de la nuque, ni Kernig.

Il existe une légère hypotonie musculaire.

Les réflexes tendineux sont positifs, mais le rotulien droit est un peu plus faible que le gauche. Le phénomène des orteils se produit en flexion légère des deux côtés.

On note de la paresse pupillaire.

Liquide céphalo-rachidien :

Lymphocytose..... plus de 100 éléments

Albumine très augmentée.. non dosée

Bordet-Wassermann positif

OBSERVATION VI

(Euzière et Margatot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

S..., 28 ans, entre au C. N. A., le 13 mai 1917.

Sujet épileptique depuis son enfance.

Hérédité assez chargée (père mort à Ville-Evrard).

Chancre syphilitique il y a 5 ans.

Il est blessé au crâne, en septembre 1915, à Tahure (léger enfoncement du pariétal gauche).

Consécutivement le sujet présente des maux de tête d'intensité croissante. Les crises nerveuses qui se produisaient auparavant tous les mois ou tous les deux mois augmentent de fréquence.

Au moment de l'entrée du malade elles surviennent à peu près toutes les semaines.

Il s'agit de crises épileptiformes généralisées n'ayant pas le caractère jacksonien.

L'examen objectif ne décèle aucun signe de lésion organique du système nerveux, à l'exception d'une légère inégalité pupillaire.

Il s'agit d'ailleurs d'un phénomène d'interprétation délicate; car on trouve à l'auscultation quelques râles de bronchite chronique généralisée et une légère obscurité du sommet droit.

Liquide céphalo-rachidien :

Pression au manomètre de Claude.	20 cent. d'eau
Éléments.....	100
Lymphocytes	90 %
Polynucléaires.	

Albumine.....	0 gr. 55
Bordet-Wassermann.....	positif

OBSERVATION VII

(Euzière et Margerot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

Sujet entré au C. N. A., le 7 septembre 1916.

Il nie toute syphilis.

Il a été blessé dans le dos en 1915 par un éclat d'obus qui n'aurait déterminé aucune lésion osseuse.

Il se plaint de souffrir fréquemment de la tête depuis ce moment.

Deux ou trois mois après la cicatrisation de la blessure, la région dorso-lombaire est devenue progressivement douloureuse, mais le malade n'en souffre véritablement que depuis quatre mois. Il se plaint en outre de faiblesse dans les jambes et de crampes dans les mollets.

On trouve au niveau de la sixième vertèbre dorsale, de part et d'autre de la ligne médiane, deux cicatrices répondant au trajet en séton d'un éclat d'obus. La pression des apophyses épineuses est douloureuse, de la cinquième dorsale à la première lombaire.

La douleur a son maximum au niveau des cinquième et sixième dorsales.

On ne constate aucune modification nette du tonus, ni de la force musculaire au niveau des membres inférieurs.

Il n'y a pas de Kernig.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu vifs.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion.

Le réflexe crémastérien est normal.

Les pupilles sont sensiblement égales, mais la gauche est un peu irrégulière.

Le réflexe pupillaire lumineux est faible de ce côté, il est à peu près nul à droite.

11 septembre 1916. — Ponction lombaire.

Pression au manomètre de Claude. 18

Lymphocytose..... 20 éléments

Albumine..... 0 gr. 22

Bordet-Wassermann dans le sang.

On laisse le sujet au repos.

1^{er} octobre 1916. — Ponction lombaire.

Pression du liquide 20

Lymphocytose..... 22 éléments

Albumine..... 0 gr. 25

Bordet-Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

On fait deux séries de 10 injections de bi-iodure de mercure, séparées par une période de 10 jours pendant laquelle le sujet prend de l'iodure de potassium.

11 novembre 1916. — Ponction lombaire.

Pression du liquide 18

Lymphocytose..... 8 éléments

Albumine..... 0 gr. 27

Bordet-Wassermann négatif.

Les divers troubles subjectifs accusés par le malade sont très atténués, alors qu'ils étaient restés stationnaires du 11 septembre au 9 octobre.

OBSERVATION VIII

(Euzière et Margarot. — *Sud médical*, 15 mars 1920)

Un soldat, syphilitique depuis 10 ans, est évacué pour commotion cérébrale.

Un premier examen ne montre chez lui qu'un peu de dépression.

Nous ne notons aucun signe de lésion organique du système nerveux.

Les réflexes sont toutefois un peu vifs, mais les pupilles sont normales. Au bout d'une semaine, le malade nous paraît un peu bavard, mais ses propos ne cessent pas d'être corrects.

Au bout d'un mois de traitement, il se déclare guéri, mais son euphorie ne laisse pas de nous causer quelque étonnement

Nous faisons établir son titre de permission. Sa joie éclate en propos expansifs. Pendant la nuit qui précède son départ, il se met à délirer bruyamment. D'emblée il manifeste des idées de grandeur absurdes, nettement caractéristiques de la paralysie générale.

Un examen nouveau ne montre rien au point de vue objectif, sauf peut-être une légère paresse pupillaire de l'œil gauche.

On lui fait une ponction lombaire et l'existence d'une réaction particulièrement intense confirme le diagnostic.

ETUDE CLINIQUE

Quels enseignements pouvons-nous tirer de ces quelques observations ?

MM. Euzière et Margarot divisent les malades observés en deux groupes.

Dans le premier groupe (Obs. I, II, III, IV) ce sont des malades syphilitiques depuis plusieurs années, présentant des accidents nerveux graves, indices d'une atteinte profonde du système nerveux. Chez eux la constatation importante est l'existence d'une syphilis nerveuse survenant plusieurs mois après un traumatisme cranien. MM. Euzière et Margarot font remarquer que chez ces malades « il est logique de supposer que le traumatisme a favorisé le développement des lésions spécifiques ».

Plus intéressant est le second groupe.

Il ne s'agit plus, dans les observations V, VI, VII, d'individus présentant des symptômes de paralysie générale ou de tabes.

Chez ceux-ci on ne constate pas ces lésions avancées de syphilis nerveuse, mais l'examen montre qu'on se trouve en présence de formes méningées, rappelant les

réactions méningées de la période secondaire, mais elles se différencient de ces dernières par leur ténacité. On observe chez ces malades des lésions encéphaliques, dont il est rare que l'on découvre immédiatement la véritable nature, mais où l'on finit cependant par reconnaître les caractères des altérations causées par le tréponème. Le traumatisme dans ces cas est plus étroitement lié aux lésions observées.

La céphalée, symptôme dominant, apparaît immédiatement après le traumatisme ; elle persiste, augmentant souvent d'intensité, et devenant parfois intolérable. Tel est le cas du malade rapporté dans l'observation V, où le diagnostic de méningite syphilitique fut confirmé par le laboratoire. Il montre que « le développement de cette méningite a été insidieux. Elle a succédé sans transaction à des troubles ayant pour origine une blessure du crâne, et son début apparent coïncide avec celui du syndrome nerveux traumatique ».

Les observations VI et VII montrent encore que le diagnostic de méningite syphilitique ne saurait être douteux. Dans ces trois observations, la syphilis nerveuse, caractérisée par une réaction méningée, est révélée par un minimum de signes cliniques.

Dans l'observation VIII, MM. Euzière et Margarot nous rapportent une observation de paralysie générale à évolution rapide, apparue presque aussitôt après une commotion cérébrale. Cette observation est à rapprocher de deux observations de tabes d'évolution rapide après commotion et chute sur la tête, rapportées par MM. Villaret et Boudet.

Comment interpréter ces faits ?

« Une blessure du crâne ou du rachis donne lieu à un syndrome banal de commotion ou de contusion. Un des

premiers phénomènes accusés par les malades consiste en une céphalée progressive. L'un d'eux, épileptique, voit ses crises augmenter de fréquence. Chez un autre, un endolorissement persistant du rachis s'exagère au bout de quelques mois. Les manifestations fonctionnelles incertaines du début se précisent. Tous ces sujets nous sont envoyés comme atteints de syndrome d'origine traumatique. L'examen ne montre chez eux que des signes de syphilis nerveuse » (Euzière et Margarot).

Comment expliquer les réactions, les réveils plus ou moins tardifs, l'évolution subaiguë des lésions, la tendance à la sclérose et à l'atrophie des organes atteints par le tréponème ?

A ce sujet, pour MM. Euzière et Margarot, deux hypothèses sont possibles :

1° La syphilis nerveuse est antérieure au traumatisme, ce dernier ne fait que la révéler en accélérant l'évolution d'une méningite latente.

2° Une deuxième hypothèse, disent-ils, nous paraît plus conforme aux données cliniques. « Le syndrome initial observé chez nos blessés était bien un syndrome traumatique, mais l'ébranlement des éléments nerveux et vasculaires a favorisé le développement des altérations syphilitiques. »

Rapprochant ainsi ces faits de ceux assez analogues rapportés par MM. Hutinel et Nadal — au sujet du réveil de l'hérédo-syphilis sous l'influence de certaines infections.

DIAGNOSTIC

Chez certains blessés du crâne ou du rachis, l'observation d'une évolution rapide de tabes ou de paralysie générale a pu être constatée.

L'examen du malade, les troubles de la motilité, de la réflexivité, les troubles sensitifs, viscéraux, psychiques, permettront de porter un diagnostic rapide.

Chez d'autres, l'examen objectif ne décèlera aucun signe organique de lésion du névraxe. Seule une céphalée persistante, ou une douleur dorso-lombaire chez les blessés du rachis, fixeront l'attention du médecin.

A ce moment les réactions humorales seront indispensables au diagnostic clinique.

« La ponction lombaire doit être pratiquée comme une méthode précoce de diagnostic, c'est une véritable biopsie du système nerveux » (Ravaut).

Les réactions humorales à rechercher sont au nombre de quatre :

- 1° Réaction de Bordet-Wassermann du sérum sanguin ;
- 2° Réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien ;
- 3° Recherche de l'albumine du liquide céphalo-rachidien ;

4° Examen cytologique du liquide céphalo-rachidien.

Avant la guerre, sur la constatation de troubles des réflexes pupillaires, d'altérations du liquide céphalo-rachidien, lymphocytose, hyperalbuminose, réaction forte de la globuline, on n'aurait pas hésité à porter le diagnostic de syphilis nerveuse. Il n'en va plus de même aujourd'hui. MM. Babonneix et David rapportent trois observations de sujets chez qui ces constatations furent faites, qui n'offraient aucun signe de spécificité, et qui par contre avaient été victimes d'un grave traumatisme cérébral.

La réaction de fixation dans le liquide céphalo-rachidien est le « seul critérium de certitude de la neuro-syphilis » (Sicard).

Elle doit être recherchée systématiquement toutes les fois que la chose sera possible, pour être sûr que le malade est syphilitique ou non. Notion indispensable à l'orientation d'un traitement en conséquence.

TRAITEMENT

Le traitement est celui de la neuro-syphilis.

Son application ne comporte pas de règle absolue.)

Quels sont les médicaments à employer ?

Le mercure, le novarsénobenzol, l'iodure de potassium, seront administrés, en tenant compte de l'âge de la maladie, de son évolution, des renseignements donnés par les réactions humorales, et de la tolérance de l'organisme vis-à-vis de ces agents thérapeutiques.

Par quelle voie les introduire dans l'organisme ?

Voie digestive : pour l'iodure de potassium.

Voie musculaire : pour l'huile grise, le calomel en suspension huileuse, le sulfarsénol.

Voie intraveineuse : la meilleure de toutes pour le mercure, sous forme de cyanure ; la seule pour le novarsénobenzol.

Le traitement sous-arachnoïdien, par un sérum salvarisé (Marinesco, Swift-Ellis, Hanson L. Ogilvie, etc.) ne s'est pas montré efficace, quelquefois il a été décevant. Cette méthode, « ingénieuse il est vrai, n'est pas encore au point et ne doit pas encore entrer dans la pratique courante » (Babonneix).

Quelles sont les doses à prescrire ?

Les doses faibles et trop espacées sont à éviter, elles peuvent favoriser l'apparition de nouveaux accidents.

Pour l'iodure : de 3 à 8 grammes (Fournier).

Pour le mercure : une injection intraveineuse de cyanure chaque jour, jusqu'à concurrence de 20.

Pour les arséno-aromatiques, trois théories :

1° Celle des doses faibles, répétées quotidiennement pendant assez longtemps par voie intraveineuse, musculaire et surtout par voie sous-cutanée (Sicard) ;

2° Celle des doses d'abord faible, puis progressivement augmentées, en injections concentrées intraveineuses (Ravaut) ;

3° Celle des doses fortes massives (1 cg. 5 de produit par kilogramme) ; trois injections intraveineuses à cinq jours d'intervalle (Milian).

DIRECTION GÉNÉRALE DU TRAITEMENT

Le malade présente-t-il des signes de syphilis nerveuse ? Le traitement sera fondé en grande partie sur les résultats de la ponction lombaire (Sicard, Ravaut, Jeanselme).

a) Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont légères, un traitement simple ; injections intraveineuses de cyanure alternées avec l'ingestion d'iodure peut suffire.

b) Les réactions sont intenses, il faut recourir à l'arsenic, en se conformant aux préceptes édictés par MM. Ravaut ou Sicard.

Le néosalvarsan, bien supporté par les malades tertiaires ou quaternaires, constitue la médication la plus puissante vis-à-vis de la néuro-syphilis, à condition d'être prolongée suffisamment. Elle pourra donc être appliquée avec la prudence que commande son action puissante.

CONCLUSIONS

I. — Les traumatismes cranio-rachidiens jouent un rôle incontestable dans le développement de certaines altérations spécifiques de l'axe cérébro-spinal.

II. — Ils paraissent agir en déterminant un ébranlement général de l'organisme.

III. — Ils peuvent favoriser ou accélérer l'évolution de la syphilis nerveuse.

IV. — Quelquefois les manifestations cliniques de cette dernière semblent se greffer sur le syndrome traumatique.

V. — Le traumatisme, facteur important dans quelques cas, est néanmoins une cause rare de l'évolution de certaines altérations spécifiques de l'axe cérébro-spinal.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 12 janvier 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 12 janvier 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

BIBLIOGRAPHIE

- BABONNEIX. — Traitement de la syphilis nerveuse (Monde médical, décembre 1920).
- BABONNEIX et DAVID. — Traumatismes cérébraux et syphilis (Revue neurologique, juin 1917).
- La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est-elle constante dans la syphilis nerveuse? (Monde médical, février 1918).
- EUZIÈRE et MARGAROT. — Syphilis nerveuse et traumatismes cranio-rachidiens (Sud médical, mars 1920).
- HANSON L. OGILVIE. — Traitement intra-rachidien de la syphilis du système nerveux avec un sérum salvarsanisé de force déterminée (Observations) (Journal of the American medical Association, 28 novembre 1914).
- HUTINEL et NADAL. — Les réveils de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aiguës, banales ou spécifiques (Paris médical, 1919).
- PITRES et MARCHAND. — Quelques observations de syndromes commotionnels simulant des affections organiques du système nerveux (Revue neurologique, 1916).
- SACHS, STRAUSS et KALISKI. — Méthodes modernes de traitement de la syphilis nerveuse (The american Journal of the medical sciences, novembre-décembre 1914).
- SICARD. — Syphilis nerveuse et son traitement (Rapport à la Réunion neurol. annuelle, *in* Presse médicale, août 1920).
- VILLARET et BOUDET. — Observations (Réunion médico-chirurgicale de la XVI^e Région, *in* Montpellier médical, mai 1917).

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
